FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

George-Louis HARTMANN
Interne des Hôpitaux

LES KYSTES DU VAGIN

Président : M. QUÉNU, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	Auguste BROCA
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	N.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	N. WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERY	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

Jean DUBOIS
PERCEPIED
MEAUX-SAINT-MARC
DAUDET
LEPINE
FREDAULT

G. Hartmann

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur E. QUÉNU

A MON MAÎTRE

Monsieur le Professeur agrégé Ch. LENORMANT

Qui m'a proposé ce travail,
m'y a aidé et n'a cessé de me
témoigner le plus cordial intérêt.

A Monsieur le Professeur LEGUEU

Auquel je dois le rétablissement de ma santé.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

Monsieur le Professeur agrégé Maurice AUVRAY
(1909-1910)

Internat Provisoire

Monsieur le Professeur agrégé THIERRY (1910)

Monsieur le Docteur P. RICHE
Chirurgien des Hôpitaux (1911)

Monsieur le Professeur Maurice LETULLE
(1911-1912)

Internat

Monsieur le Professeur E. QUÉNU (1912-1913)

Monsieur le Professeur agrégé Ch. LENORMANT
(1913-1914)

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Monsieur le Professeur SEGOND, *In memoriam*

Monsieur le Professeur agrégé CAMPENON
In memoriam

Monsieur le Professeur RAYMOND, *In memoriam*

Messieurs les Docteurs DEMOULIN, MATHIEU,
Anselme SCHWARTZ, ROUX-BERGER

Chirurgiens des Hôpitaux

Monsieur le Professeur agrégé LŒPER

M. le Professeur agrégé LAIGNEL-LAVASTINE

Monsieur le Docteur MICHEL

LES KYSTES DU VAGIN

INTRODUCTION

La question des kystes du vagin n'est évidemment pas d'un intérêt primordial.

Néanmoins elle a provoqué de nombreux travaux, des discussions, quelques thèses, plusieurs revues générales, des articles et des leçons.

Les auteurs qui l'ont abordée ont généralement porté leur attention sur un point particulier, d'ordre anatomo-pathologique, pathogénique, clinique ou obstétrical.

La pathogénie est la partie qui a été l'objet des plus nombreuses recherches et certains auteurs, à défaut d'esprit scientifique, y ont montré de l'humour.

Nous ne prétendons pas apporter à ce petit chapitre de gynécologie un élément nouveau. Cinq années passées entièrement sur les fronts de France, de Macédoine ou de Palestine ne nous ont point laissé des loisirs pour quelque travail scientifique. Nous nous sommes simplement proposé une mise au point de la question, telle qu'elle apparaît actuellement. Nous savons que la pathogénie des tumeurs

que nous allons étudier reste à fixer d'une façon définitive. C'est par quoi, les deux observations recueillies dans le service de notre si excellent maître le professeur agrégé Ch. Lenormant et ci-jointes ont attiré et retenu notre attention sur les kystes vaginaux.

HISTORIQUE

L'historique de la question se confond à peu près avec la bibliographie.

Le travail que tous les auteurs citent est le mémoire de Poupinel paru en 1889 dans la *Revue de Chirurgie*. Ce n'est pas le premier puisque déjà en 1847 avait été publié le travail inaugural de Huguier, lequel faisait suite à un mémoire important de Oaxley Henning. Henning lui-même s'appuyait sur diverses observations dont la première paraît être due à Haller.

Après Poupinel, qui cite lui-même de nombreux auteurs, les études sur les kystes vaginaux sont relativement assez nombreuses. En réalité ce qui mérite l'attention ici ce n'est ni la clinique, ni l'évolution, ni le traitement, tant ils sont simples : c'est la pathogénie.

Or, comme le remarque judicieusement Fredet, il y a, pathogéniquement, deux périodes pour les kystes vaginaux : celle de l'anatomie macroscopique ; celle de l'anatomie microscopique et de l'histologie embryologique.

Dans la première période qui finit vers 1880, on émet

les hypothèses les plus inattendues jusqu'à faire des kystes vaginaux des bourses séreuses professionnelles. Dans la deuxième à la lumière de l'histologie on cherche à ces tumeurs une origine embryonnaire et l'on découvre le rôle des canaux de Gaertner et de Müller dans leur développement. Les recherches de Wolf, de Zugenspeck et de Zuckerwandt (1887), le mémoire de Fredet (1904) proposent et légitiment l'hypothèse de l'origine wolfienne des kystes vaginaux. Après eux on ne trouve dans les publications que des précisions de détails ou des remarques accessoires que nous signalerons au cours de ce travail.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

a) *Macroscopique.* — Le terme kyste du vagin est imprécis. Un kyste de l'ovaire évoluant, partiellement tout au moins le long des parois vaginales est-il un kyste du vagin ? Un kyste du col de l'utérus descendant contre la tunique musculeuse du vagin est-il un kyste du vagin ? L'imprécision vient de ce que le terme vagin désigne à la fois un organe et une région.

L'organe est un canal allant de l'orifice vulvaire à la circonférence du col utérin et possédant une muqueuse doublée d'une gaine conjonctivo-musculaire. La région : ce sont les points de contact de la gaine avec les organes voisins : cloison vésicale, cloison rectale, périmètre péri-cervical.

Pratiquement, il n'est pas possible de distinguer les kystes de la région vaginale des kystes du vagin.

Le vagin s'arrête, du côté de l'utérus anatomiquement, au niveau de la circonférence d'attache, bien que l'épithélium vaginal arrive jusqu'au canal cervico-utérin (Ligne de Fare Waldeyer).

En bas, le vagin s'arrête à l'orifice vulvaire que délimitent la base des petites lèvres, les freins inférieurs du clitoris et la fourchette.

Anatomiquement et histologiquement ainsi que le fait Marion et conformément à l'opinion de Budin, l'hymen faisant partie du vagin ; les kystes de cette membrane ne sortent pas du cadre de cette étude, mais les kystes vulvaires ne sauraient y trouver place.

Fréquence. — Les kystes vaginaux sont rares. Neuguebauer qui les a rencontrés chez 2 femmes pour 100 est tombé sur des séries exceptionnelles.

Age. — Les kystes vaginaux surviennent à tout âge et jusqu'aux âges extrêmes de la vie.

Il semble toutefois qu'ils soient plus fréquents pendant la période d'activité génitale, soit que celle-ci exerce une influence sur leur développement, ce que nous étudierons plus tard, soit que leur présence se révèle plus aisément au cours du coït ou de la grossesse.

Siège. — On peut les rencontrer en un point quelconque de la filière vaginale, soit dans un cul-de-sac, soit sur une des faces, soit sur toute la longueur du vagin comme Piqué en a rapporté un cas, soit à l'hymen comme chez les malades de Lannelongue et Achard ou de Marchesi.

Dans la règle, les kystes vaginaux siègent surtout sur les parois antérieure ou postérieure plutôt sur la paroi postérieure d'après Poupinel, plutôt sur la paroi antérieure d'après Winckel et d'après Marion.

Ceux de la paroi antérieure seraient plus tôt bas situés, ceux de la paroi postérieure occuperaient plutôt le 1/3 moyen ou le 1/3 supérieur.

Sur les faces latérales où ils sont rares on les rencontre aussi bien à droite qu'à gauche.

Nombre.— Les kystes vaginaux sont généralement uniques mais il n'est point très rare d'en rencontrer deux et davantage sur une même malade, la proportion des kystes multiples serait d'après Poupinel 22 p. 100 des cas.

Volume. — Le volume varie d'une noisette à celui d'une tête de fœtus. On conçoit que le siègs du kyste, le degré d'attention que la femme apporte dans son hygiène sexuelle et les hasards de la vie génitale pourront révéler précocement un kyste dès le début de son évolution ou lui laisser acquérir, tandis qu'il reste insoupçonné des proportions plus ou moins considérables.

D'après Lang certains kystes augmentent de volume au point de devenir gênants au moment des périodes menstruelles. Il se produit alors comme au cours de la grossesse ou au début de l'accouchement une poussée congestive qui peut aller jusqu'à provoquer la rupture de la tumeur.

La forme des kystes vaginaux est des plus variables. Le plus souvent arrondie, sphérique, elliptique, comparable à une noix, un œuf ou une pomme, elle peut être allongée au point d'avoir un aspect peniforme ainsi que Max Grœfe en rapporte un cas. Elle est souvent moins arrondie que piriforme, son pôle supérieur se terminant en un cul de sac conique plus ou moins allongé.

Johnston décrit un cas où chez une même malade

4 kystes s'échelonnaient sur une même ligne, le long du vagin, en grain de chapelet.

On a même signalé une variété annulaire de kyste disposé pour ainsi dire en pessaire, autour du vagin.

La forme bilobée ou multilobée n'est point rare.

Etat de la muqueuse. — Sur la tumeur, la muqueuse présente un aspect des plus variables. Suivant les cas elle est normale, plissée et rosée ou déplissée, lisse, pâle voire bleuâtre ou transparente. Cela dépend de la situation du kyste qui, par rapport à elle, peut être superficiel ou profond.

Le plus souvent la tumeur soulève la muqueuse et peut y adhérer au point que toute dissection entre la paroi kystique et la paroi vaginale est impossible et que l'ablation du kyste entraîne la résection d'une surface plus ou moins étendue de muqueuse.

La muqueuse est tantôt épaissie jusqu'à avoir un calibre de 9 millimètres comme dans une observation de Max Grœfe, tantôt elle est normale quoique épaissie sur une partie du kyste et amincie et blanchâtre sur une autre, tantôt enfin sur toute l'étendue de la tumeur elle est amincie jusqu'à avoir 1/2 millimètre ou être véritablement pellucide.

Profondément, la paroi kystique est le plus souvent adhérente. Sans doute, la tumeur en masse paraît mobile sur la vessie ou le rectum. Mais cela tient à ce qu'on déplace avec elle toute la cloison vagino-cervicale ou vagino-rectale. En général on ne trouve dans les observations publiées pas de compte rendu

opératoire et peu d'indication d'anatomie pathologique macroscopique.

Cependant on est frappé de voir que dans la majorité les cas où il est parlé de l'extirpation le kyste s'énucle avec difficulté parce qu'il est solidement inclus dans les tissus de voisinage. C'est ce qui arrive à Watts (*American Journal of Obstetrics*, 1881). C'est ce qui arriva à Richelot qui eut beaucoup de difficulté à disséquer un gros kyste sous-muqueux du cul-de-sac latéral gauche du vagin, à cause des adhérences (Richelot, *Union médicale*, 16 oct. 1888). Thevenot signale que dans un cas le pôle supérieur du kyste était fixé par des adhérences et par un cordon plein qui se perdait en arrière dans l'épaisseur de la paroi vaginale et qu'il dut sectionner.

Aussi est-on obligé de disséquer au ciseau ou au bistouri la paroi extérieure du kyste et Pozzi conseillait-il pour l'excision de vider le kyste, d'injecter de la paraffine à son intérieur pour que celle-ci se solidifiant mette en relief et rende mieux visibles les limites et les parois de la poche.

Néanmoins il existe des cas où la paroi kystique est nettement délimitée avec une gaine propre et où l'on peut trouver sinon tout autour au moins en certains points un plan de clivage.

La paroi du kyste. — L'épaisseur de la paroi kystique peut atteindre jusqu'à 5 à 6 millimètres elle en a souvent 2 à 3. Sa surface extérieure n'offre pas d'intérêt on la fait au ciseau ou au bistouri. La surface intérieure est parfois d'un rouge rosé, brillante

congestionnée, douce au toucher et comme veloutée.

Tantôt elle est lisse, tantôt papillaire. Elle peut présenter soit des excroissances volumineuses d'une couleur jaune, rougeâtre, tantôt de petits diverticules latéraux ; dans une observation personnelle de Poupinel on trouvait ainsi une quinzaine de petits kystes diverticulaires.

Contenu. — Le contenu est fort variable.

Le plus souvent c'est un liquide filant, visqueux, opalescent, comparable, à la couleur près, à de l'huile de graissage pour moteur.

Dans une observation de de Rouville, ce liquide précipitait par l'acide acétique dilué et contenait une substance présentant les caractères glycoprotéiques : la métalbumine de Scherer, qu'on retrouve dans certains kystes de l'ovaire.

Le liquide très visqueux peut avoir une couleur brun noirâtre.

Dans d'autres cas il est visqueux, mais peu trouble, ou bien sale, jaune verdâtre, séro-purulent, jaune paille clair ou blanchâtre.

Sa réaction est alcaline ou neutre.

Enfin il est des kystes dermoïdes du vagin :

Veit en a observé un très volumineux dont le contenu dermoïde ne renfermait d'ailleurs ni poil ni dent.

Vautrin en a vu un se développer dans le cul-de-sac antérieur tout en évoluant plutôt vers la paroi abdomidale antérieure.

Le contenu est analogue à celui des kystes dermoïdes du ligament large.

b) *Anatomie pathologique microscopique*

a) Le contenant : paroi kystique.

La paroi kystique est formée d'une couche épithéliale interne recouvrant une paroi conjonctivo-musculaire.

L'épithélium est cylindrique, pavimenteux ou mixte ou atypique.

Quand il est cylindrique il est formé d'une assise de cellules à gros noyaux cellulaire périphérique et reposant sur une membrane basale qui les sépare de la gaine conjonctive.

Les cellules épithéliales sont allongées, sans plateau à leur extrémité libre ou sont munies de longs cils vibratils. On peut rencontrer parmi les éléments cylindriques quelques cellules de remplacement.

L'implantation sur la basale se fait plus ou moins obliquement à sa surface et parfois d'une manière très inclinée.

La basale est d'ailleurs inconstante et l'épithélium cylindrique peut en certains points être aplati.

Le type pavimenteux stratifié s'observe moins souvent. Quand on l'observe c'est surtout associé à l'épithélium cylindrique. On voit alors parmi les cellules cylindriques hautes ou basses, ciliées ou non, des îlots disséminés et plus ou moins étendus de

cellules pavimenteuses. Elles forment parfois ainsi à la surface de l'épithélium des taches blanchâtres (Max Grœfe) ou jaunes (Wermer Kümmel).

Enfin il n'est point rare de trouver sur la paroi interne d'un même kyste les éléments les plus divers coexistant : épithélium cylindrique en une assise et pavimenteux en 4 ou 5 couches, cellules cylindriques sans plateau, cylindriques ciliées, cellules aplaties à gros noyaux semées au pied de grandes cellules cylindriques.

La gaine conjonctivo-musculaire dans les formes les plus nettes est formée de trois couches : profonde, moyenne, externe.

1° La couche profonde mince, conjonctive, sépare l'élément musculaire de l'épithélium et joue en somme le rôle de sous-muqueuse. Elle est infiltrée de petites cellules rondes, parcourues par des capillaires sanguins et se trouve souvent le siège de diverticules épithéliaux qui n'ont jamais le type glandulaire ;

2° La couche moyenne, la plus épaisse est constituée par des fibres musculaires lisses. Près de la sous-muqueuse les petits faisceaux musculaires sont rangés soit longitudinalement soit d'une manière plexiforme et entremêlés de nombreux éléments conjonctifs.

Plus en dehors les faisceaux lisses se groupent surtout circulairement.

Enfin la portion périphérique de la musculaire est formée de faisceaux longitudinaux, croisant les pré-

cédents et coupés transversalement par la coupe ;

3° La couche externe, de nature conjonctive, est parcourue par de petits vaisseaux sanguins.

Mais il s'en faut que les éléments de la paroi des kystes vaginaux aient toujours une disposition aussi régulière et pour ainsi dire schématique. En général on y distingue deux couches : l'épithélium et la gaine formée de fibres élastiques, de faisceaux de tissu conjonctif et de quelques fibres musculaires lisses. Parfois la tunique fibreuse est très dense, vasculaire tandis que les fibres musculaires lisses sont clairsemées au point qu'elles peuvent même faire complètement défaut. Parfois aussi fibres musculaires et conjonctives sont intriguées de telle sorte qu'il est impossible d'y découvrir la moindre esquisse de systématisation.

Le contenu du kyste offre peu d'intérêt cytologique. Dans ce liquide filant on peut trouver :

Des éléments figurés du sang : globules rouges ou polynucléaires, des cellules d'origine épithéliale en voie de dégénérescence.

Des cellules épithéliales plates parfois très abondantes.

De grandes cellules rondes granuleuses (Johnston).

Grœfe y a vu des globules de pus en dégénérescence graisseuse et des cristaux de cholestérine.

A l'occasion d'une poussée congestine il peut se faire une hémorragie intrakystique dont on retrouvera à l'occasion des reliquats cytologiques.

ETUDE EMBRYOLOGIQUE

Le rôle prépondérant que jouent les canaux de Müller et de Gaertner dans le développement des kystes du vagin excuse le bref aperçu embryologique qui va suivre.

Dans les premières semaines de la vie intra-utérine, au stade d'indifférence génitale, le système urogénital, dans l'espèce humaine, est représenté de chaque côté de la colonne lombaire par :

1° Le rein primordial ou corps de Wolf).

2° L'ébauche de la glande génitale.

3° Le rein définitif.

Le rein primordial est formé de tubes rangés en dents de peigne qui débouchent dans un collecteur longitudinal : le canal du rein primordial ou canal de Wolf.

Tandis que chez les amniotes le corps de Wolf devient l'organe urinaire définitif, chez les oiseaux et chez les mammifères il regresse et ne laisse que quelques éléments qui joueront un rôle sexuel.

Chez la femme en particulier, le canal de Wolf, formé d'une seule assise de cellules épithéliales cylindriques s'étrangle parallèlement à son axe et

donne ainsi naissance à deux gouttières gemellées : l'une ventrale, l'autre dorsale. Ces deux gouttières s'isolent en deux canaux indépendants, l'un ventral ou antérieur : le canal de Malpighi-Gaertner, l'autre dorsal ou postérieur : le canal de Müller. Des deux, un seul est appelé à se developper : le canal de Müller. Normalement le canal de Malpighi-Gaertner doit regresser complètement.

La partie du canal de Müller située dans le voisinage du corps de Wolf s'ouvre dans le cœlome par l'ostium abdominal et donnera la trompe avec son pavillon.

Un mince segment, sans emploi, fournira l'hydatide pédiculée de Morgagni.

Le segment postérieur ou inférieur du canal de Müller après un trajet en spirale autour de l'uretère, se place en arrière du canal de Gaertner et s'accolant à l'uretère forme avec lui le cordon urogénital, droit ou gauche, qui s'ouvre dans le sinus urogénital.

Mais le cordon ne tarde pas à se dissocier. L'uretère se porte au bas et en avant vers la face postérieure de la vessie, le canal de Müller s'accole à son homologue du côté opposé et tous deux, disposés en canon de fusil viennent s'ouvrir en arrière des deux canaux de Gaertner et plus bas qu'eux dans le sinus urogénital après en avoir soulevé la paroi postérieure qu'ils longent. Ils descendent ainsi non pas jusqu'au niveau des futurs culs-de-sac du vagin comme on l'a prétendu mais jusqu'au voisinage de l'hymen.

Ils finissent par se fusionner en un conduit unique par disparition des parois en contact. Dès le deuxième mois de la vie embryonnaire chez la femme, on voit s'amorcer dans ce conduit unique une différenciation. Le segment supérieur épaissit ses parois tandis que sa cavité cervicale ne subit pas de modification de calibre. Il deviendra l'utérus et déjà se délimite en bas par un bourrelet annulaire bien accusé qui est l'ébauche du col utérin.

Le segment inférieur du canal génital s'élargit, son épithélium primitivement cylindrique devient pavimenteux et se stratifie. L'épithélium ainsi constitué occupe d'abord toute la lumière du conduit qui se présente dès lors comme un cordon plein. Mais vers le septième mois fœtal les cellules vaginales les plus centrales se désagrègent et ainsi se creuse la cavité vaginale.

Quelle partie du vagin se constitue de la sorte ?

Pour Kolliker, Dohrn, Budin, Waldeyer, Debierre Nagel et Kollmann c'est tout le vagin jusqu'à et y compris l'hymen, car les canaux de Müller repoussant devant eux le sinus urogénital descendraient jusqu'au niveau de l'orifice vulvaire et l'éminence qu'ils font dans le sinus alors que le vagin est encore un tube plein donnerait l'hymen.

Pour Tourneux, Wertheimer, Hermann et Hoffmann les canaux de Gaertner comme ceux de Müller contribueraient à la formation de l'hymen.

Courty, Tarnier, Budin, Schaffer pensent que l'hy-

men est sans doute d'origine müllérienne mais aussi d'origine vulvaire.

Hart estime que le vagin müllérien se termine en cul-de-sac et ne descend pas jusqu'à l'hymen.

L'intérêt de cette question n'est pas vain pour l'étude des kystes du vagin. L'embryologie non seulement nous aidera à comprendre la pathogénie de ces tumeurs, mais justifie le rattachement des kystes de l'hymen à ceux de la gaine vaginale.

Etant donnée l'opinion généralement admise sur l'anatomie embryolique des canaux de Müller on comprend que ceux-ci puissent jouer un rôle dans le développement des kystes de la paroi postérieure haut ou bas situés.

Si le segment dorsal ou postérieur du canal de Wolf subit un développement aussi important et n'en est pas de même du segment antérieur ou ventral : le canal de Malpighi-Gaertner.

Celui-ci désolidarisé du canal de Müller longe le bord externe de l'utérus en compagnie d'une branche ovarique de l'artère utérine et descend sur la paroi antéro-latérale du vagin.

Klein, Groschiff déclarent l'avoir vu chez une fillette nouvelle-née s'ouvrir à l'hymen. Kœberlé, Recklinghausen ont constaté chez des adultes son abouchement à la partie inférieure du vagin (Rieffel).

Enfin d'après Klein, Van Akeren et Bullinger il débouche normalement chez la vache et la truie près du méat urinaire.

Toutefois en règle générale le canal de Gaertner,

chez la femme adulte, ne descend pas au delà du niveau du col utérin. Il se perd dans la paroi de la matrice, au niveau du fond de l'isthme ou dans une des lèvres du col ou bien dans un des culs-de-sac latéraux du vagin ou sur la portion juxta-utérine de la paroi antérieure du vagin.

Chez 25 pour 100 des femmes, le canal de Gaertner se présente sous la forme d'un tube épithélial entouré d'une gaine musculaire. Ce tube est tapissé d'une et parfois de deux assises de cellules cylindriques hautes de 15 à 20 μ. Il n'est pas toujours continu ni perméable et se fragmente souvent en plusieurs segments pleins ou non.

Nous dirons des canaux de Gaertner comme des canaux de Müller : « Etant donné l'opinion généralement admise sur leur anatomie embryologique on comprend qu'ils puissent jouer un rôle dans le développement des kystes du vagin et particulièrement des kystes de la paroi antérieure haut ou bas situés. »

Quant au corps de Wolf, il laisse souvent les îlots épithéliaux esséminés qui, non seulement peuvent accompagner l'ovaire dans sa migration mais même se rencontrer fort loin de leur origine. C'est ainsi que l'on a signalé des îlots wolfiens erratiques dans les parois du col de l'utérus ou du vagin.

Son développement achevé, le vagin est histologiquement constitué par une muqueuse doublée sur sa face profonde par une tunique musculaire et une adventice cellulo-fibreuse.

La muqueuse, de coloration rosée, est hérissée de plis longitudinaux et transversaux.

Les plis longitudinaux, médians, l'un antérieur, l'autre postérieur forment deux colonnes charnues et représentent la ligne de soudure des canaux de Müller.

Les plis transversaux, d'autant plus accusés qu'il s'agit de femmes plus jeunes sont plus marqués au voisinage de la vulve que de l'utérus. Semi-lunaires, épais, charnus ou minces, linéaires ou en forme de tubercule, ils résultent d'un plissement soit de la simple muqueuse soit de toutes les tuniques du vagin.

Epaisse de 1 millimètre à 1 mm. 5 la muqueuse vaginale repose directement sur la tunique musculaire. L'absence de sous-muqueuses rend compte en partie de la difficulté qu'on éprouve à énucléer les kystes sous-muqueux.

La muqueuse du vagin est formée d'un épithélium pavimenteux stratifié en quatre assises, d'une épaisseur de 180 à 200 μ.

L'assise la plus superficielle est formée de cellules plus ou moins kératinisées et en voie de desquamation.

L'assise sous-jacente est constituée par des cellules polyédriques, aplaties vers la superficie.

La troisième assise a des cellules à bords crénelés, en dent de scie avec les prolongements épineux.

Enfin l'assise adjacente à la tunique musculaire est formée de cellules cylindriques, à pied, avec des

noyaux volumineux représentant la couche génératrice.

Nous avons rencontré tous ces éléments en étudiant la paroi interne des kystes du vagin.

Le derme de la muqueuse vaginale est constitué par du tissu conjonctif et fibro-élastique réunis chez les sujets jeunes en un beau réseau sous-épithélial. Il renferme des papilles riches en lymphatiques et en capillaires sanguins et l'on y trouve comme dans l'épithélium des leucocytes migrateurs.

Y a-t-il desfollicules col et des glandes annexées à la muqueuse vaginale?

La question est fort discutée. Pretti et Schirchoff nient l'existence des follicules. Henle les considère comme fort rares. Lœwenstein les dit au contraire très nombreux et répandus sur de grandes étendues.

W. Krause, Rauber, Brœscke et Dobrowolski en voient également partout.

Tandis que Branca et Rieffel, tout en admettant leur existence les considèrent comme peu nombreux.

Quant aux glandes, niées par Robin, Cruveilhier, Sappey, Waldeyer et Naget, affirmées par Huvchke, Henning, Lebedeff, elles seraient pour ces derniers des glandes sébacées ou des lobules aberrants d'organes existant à la vulve (Veit).

D'après Branca et d'après Rieffel, l'épithélium vaginal ne donne jamais naissance à des glandes. « Celles qui peuvent s'ouvrir anormalement à sa surface s'observent seulement au niveau de ses deux extrémités. Les glandes du groupe supérieur sont des

glandes utérines erratiques, les glandes du groupe inférieur représentent des glandes sébacées vulvo-vaginales erratiques.

Les glandes utérines erratiques sont comme les glandes cervico-utérines des glandes tubuleuses ramifiées qui ont une paroi conjonctive et un épithélium cylindrique vibratile. On sait que les glandes cervico-utérines subissent fréquemment la transformation kystique ainsi qu'en témoigne la présence des œufs de Naboth.

Les glandes vestibulo-vulvaires siègent surtout au voisinage de l'urètre. Ce sont les masses épithéliales arrondies ou tubuleuses, simples ou lobulées. « Leurs parois épaisses sont formées de petites cellules sphériques ou allongées perpendiculairement à leur surface, étroitement tassées les unes contre les autres et limitées du côté de la lumière centrale par des cellules pavimenteuses » (Rieffel).

De ce rappel embryologique et histologique il ressort que le vagin se développe aux dépens des canaux de Müller et que dans ses parois on peut rencontrer des vestiges des canaux de Müller ou de Goertner, des îlots erratiques d'épithélium wolfiens ou les glandes cervico-utérines ou vestibulo-vulvaires aberrantes. C'est sur ces données que s'étayent les principales théories pathogéniques.

PATHOGÉNIE

Nous ne rappellerons que pour mémoire l'explication de Courty qui attribue la formation des kystes vaginaux à l'accolement des plis transversaux de la muqueuse vaginale et l'hypothèse humoristique qui fait des kystes vaginaux les bourses séreuses professionnelles développées chez les prostituées.

Il n'y a pas lieu de s'attarder davantage aux théories d'Eustache Tillaux, Dresch et Thalinger qui considèrent les kystes vaginaux comme des hygroma ou les bourses séreuses développées dans la tunique fibro-musculaire du vagin.

A. — *Théorie embryogénique*

Les kystes vaginaux se développent aux dépens des reliquats du segment inférieur du canal de Wolf, c'est-à-dire du canal de Gaertner et du canal de Müller. Les deux canaux conservent pendant la vie embryonnaire des rapports tellement intimes qu'il est bien délicat de déterminer la part qu'ils prennent l'un ou l'autre dans le développement des kystes du vagin. Leur épithélium est identique et leurs anomalies

nombreuses aussi si l'on peut à la rigueur considérer comme gaertnérien un kyste antérieur et müllérien un kyste postérieur en se basant sur l'anatomie embryologique, il nous paraît impossible de se prononcer pour un kyste des culs-de-sac.

Les partisans de la théorie embryologique invoquent trois ordres de preuves :

a) Embryologiques ;

b) Histologiques ;

c) Anatomiques.

a) *Argument embryologique.* — En ce qui concerne les canaux de Mûller, trois cas peuvent se présenter d'après Robert Meyer :

1° L'accolement des canaux est défectueux et il se détache des parois canaliculaires des cellules épithéliales qui vont subir l'évolution kystique dans le mésenchyme environnant ;

2° Pendant l'accolement, il existe des franges cellulaires du canal droit ou gauche, des saillies verruqueuses, des appendices épidermiques qui échappent au processus de soudure et formeront des îlots erratiques subissant ultérieurement l'évolution kystique ;

3° Pendant le cloisonnement du canal de Wolf, il peut se produire des accouchements partiels des canaux de Müller ou de Goertner. Des îlots épidermiques se trouveront surajoutés à l'un ou l'autre canal et pourront y évoluer atypiquement.

Dans ces trois cas, il y a malfaçon pour ainsi dire dans le développement urogénital, un groupe épithé-

lial détaché du canal de Gaertner ou du canal de Müller évoluera d'une manière anormale et cette dysembryoplasie aura pour conséquence la formation d'une tumeur kystique.

b) *Argument histologique.* — L'épithélium müllérien ou gaertnérien est cylindrique, d'une seule assise et l'un et l'autre canal possède une gaine musculaire lisse. C'est la disposition qu'on retrouve sur la plupart des kystes.

Objectera-t-on que certains kystes présentent un épithélium cylindrique, vibratil ou pavimenteux stratifiés ? On peut à cela répondre qu'il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une portion aberrante du canal de Müller évolue comme le segment utérin de celui-ci pour donner un épithélium cylindrique cilié ou comme le segment vaginal pour donner un épithélium pavimenteux stratifié.

Le mélange de ces types sur un même kyste n'a rien d'étonnant dans cette sorte d'aberration embryologique qu'est une tumeur.

c) *Argument anatomique.* — Ce que nous avons vu des canaux de Goertner nous explique qu'ils puissent donner des kystes siégeant sur la paroi vaginale antérieure ou la paroi latérale, du méat urinaire jusqu'aux culs-de-sac vaginaux, que ces kystes soient paramédians, simples ou gémellés uniques ou en chapelet. Une observation de Max Grœde est à cet égard caractéristique. Le malade présentait deux tumeurs, allongées, en forme de penis, séparées par une cloison et occupant toute la paroi antérieure

du vagin depuis l'orifice vulvaire jusqu'au niveau de la pointe du museau de Tanche.

Dans une observation de Johnston on trouve quatre kystes en chapelet, allant de l'insertion utérine du vagin au méat urinaire, suivant une ligne paramédiane.

Il en va de même anatomiquement des kystes de Müller pour la paroi postérieure.

B. — *Théorie glandulaire.*

De longue date déjà les auteurs ont soutenu l'origine glandulaire des kystes vaginaux Huguier, Cruveilhier, Richet, Virchow, Lebedel, Von Preushen, Wesner, Kümmel estimaient que les kystes vaginaux sont le résultat de la rétention des produits de sécrétions des glandes vaginales anormales.

Fredet admet que les kystes juxta-vulvaires peuvent être d'origine glandulaire.

On ne saurait nier ni qu'il existe des glandes vaginales d'origine erratique ni qu'*a priori* elles ne puissent pas se transformer en tumeur kystique.

Néanmoins il convient de remarquer que cette théorie a été surtout soutenue avant que l'on reconnaisse bien le développement de l'appareil urogénital. Si tant est qu'il existe des kystes vaginaux d'origine glandulaire, ils doivent être fort rares.

Les partisans de l'origine glandulaire s'appuient surtout sur la présence d'un épithélium cylindrique ou pavimenteux à la surface interne du kyste. Or

d'après Vautrin : « Toutes les fois que l'on reconnaît dans la constitution histologique d'une tumeur kystique juxta-cervicale la présence simultanée d'épithélium cylindrique et pavimenteux avec ou sans glande du type cervical on devra conclure à l'existence d'une production d'origine müllérienne.

Vautrin parle ici de kystes développés dans la paroi même du col utérin ; mais ce n'est pas dépasser sa pensée que d'appliquer cette conclusion à toutes les tumeurs kystiques de la filière utéro-vaginale.

A côté des théories de l'origine wolfienne et de l'origine glandulaire des kystes vaginaux prennent place, deux autres théories qui ne visent pas d'ailleurs à expliquer tous les cas : l'une défend l'origine péritonéale de certains kystes postérieurs, l'autre l'origine traumatique de certains kystes plus particulièrement consécutifs à l'accouchement.

C. — *Origine péritonéale.*

On sait que chez l'embryon le cul-de-sac de Douglas descend jusqu'au cloaque, c'est-à-dire plus bas ou au moins aussi bas que les canaux de Wolf. Il disparaît ensuite par accolement de ses deux feuillets à la manière du fascia de Toldt ou de la lame de Treitz. Ces faits ont été signalés par Kœliker dès 1882.

Or Zugenspeck avait remarqué que même dans des cas absolument normaux, il existe dans les tissus sous-jacents au cul-de-sac de Douglas, chez l'adulte

des sécrétions anormales. Ces liquides siègent dans des cavités tapissées d'un endothélium.

Interprétant cette observation, Zuckerkandlt a comparé ces cavités kystiques, lorsqu'elles restent reliées par un pertuis à la cavité péritonéale à des hydrocèles communiquantes.

Que la communication vienne à se fermer on aura une ébauche de kyste du vagin. « Son revêtement épithélial sera de même nature que celui du péritoine embryonnaire. » Son siège ne pourra être que sur la paroi vaginale postérieure depuis le cul-de-sac recto-vaginal jusqu'au périné.

Dans un cas de kyste postérieur à épithélium extrêmement aplati, à une seule couche cellulaire, Fredet a admis l'hypothèse de Zuckerkandl.

D. — *Origine traumatique.*

Marion admet qu'un traumatisme opératoire : colporraphie, application de forceps peut être le point de départ d'un kyste vaginal.

Le traumatisme chirurgical ou obstétrical provoquerait par blessure de la muqueuse l'inclusion dans la paroi vaginale des débris épithéliaux pris dans le travail de cicatrisation. Les débris contribuant à proliférer donneraient naissance à un kyste.

Marion dit que seul l'examen du contenu de la poche et de sa paroi permet de faire reconnaître l'origine de ces tumeurs ; nous nous demandons comment ?

L'origine traumatique des kystes vaginaux reste à prouver, encore qu'elle n'ait rien *a priori* d'invraisemblable.

Les traumatismes, y compris l'accouchement normal, pourraient d'ailleurs, en dehors de toute inclusion épidermique déterminer le développement de kystes vaginaux en incitant, suivant un mode insoupçonné, tel résidu wolfien, gaertnérien ou müllérien à l'évolution kystique. La question n'est point neuve, c'est celle du rôle des traumatismes dans la pathogénie des tumeurs.

On sait que l'on peut observer au niveau des doigts des kystes post-traumatiques en rapport avec le développement d'îlots épidermiques inclus.

Notre maître Lenormant a eu l'occasion d'opérer un kyste dermoïde développé sur un doigt à la suite d'une blessure par balle. La balle fut retrouvée au voisinage immédiat du kyste.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous prendrons pour type de notre description le kyste du volume d'une noix, développé au tiers moyen de la face antérieure du vagin.

Le début est particulièrement insidieux, car le développement des kystes vaginaux ne provoque ni douleur, ni trouble de la miction ou de la défécation, ni gêne au coït. Ce n'est que lorsqu'ils ont un volume considérable ou une situation particulière que ces signes fonctionnels peuvent s'observer.

Souvent c'est soit après un accouchement, soit à la suite d'un effort, d'une longue marche, d'un travail musculaire prolongé pendant plusieurs heures que la malade éprouve dans le vagin ou à la vulve la sensation d'un corps étranger. Elle y porte doigts et s'aperçoit ainsi de l'existence de la tumeur qu'elle réduit dans le vagin sans difficulté.

Souvent aussi c'est la sage-femme ou le médecin qui, consultés pour un retard de règle ou une leucorrhée persistante font le diagnostic. Encore arrive-t-il même que dans ces cas où tout l'examen s'est borné à un simple toucher digital le kyste passe inaperçu.

Toucher. — Au doigt la tumeur se présente comme

une tumeur régulière ou lobulée, de forme arrondie ou allongée, plus souvent sessile que pédiculée. Le doigt l'explore sans provoquer de douleur et la mobilise aisément. Le palper abdominal combiné au toucher vaginal ne permet souvent pas de percevoir avec les deux mains la tumeur si elle est de petit volume et ce n'est qu'en refoulant le kyste contre le pubis qu'on pourra en général apprécier sa consistance. Il est mou ou fluctuant ou tendu et rénitent. Sauf affection pelvienne concomittante, les culs-de-sac sont libres, l'utérus conserve sa mobilité et sa situation et il n'existe aucune adénopathie.

Spéculum. — L'examen au spéculum, dans le décubitus dorsal, doit être fait de telle sorte que les deux valves du spéculum s'appliquent contre les parois latérales du vagin, le kyste vient alors faire hernie dans leur écartement. Il est préférable d'ailleurs d'examiner la malade avec une ou deux valves. On aperçoit alors qu'en un point généralement voisin de la ligne médiane la muqueuse vaginale est soulevée par une masse ovoïde. La muqueuse est déplissée à ce niveau et d'une couleur plus pâle, elle peut être blanchâtre, bleuâtre ou à ce point amincie que le kyste se laisse apercevoir par transparence. Il est plus rare de voir la tumeur implantée sur la paroi vaginale par un plus ou moins long pédicule.

La ponction simple avec une aiguille à injection sous-cutanée ne donne généralement rien. Il faut la faire avec une seringue de Roux et une aiguille à sérum antitétanique. On recueille alors dans le corps

de la seringue du liquide kystique. Il est rare que celui-ci soit assez consistant pour qu'il soit nécessaire d'avoir recours à un trocart et à un aspirateur.

Le toucher rectal n'apporte quelque indication que dans les kystes postérieurs.

Examen vésical. — La règle générale de faire vider la vessie à toute femme dont on se propose d'examiner les organes génitaux s'impose ici particulièrement.

Elle évitera l'erreur de prendre une vulgaire hernie de la vessie ou un diverticule vésical pour un kyste du vagin.

Dans les cas douteux il est bon d'introduire aseptiquement une sonde métallique ou un cathéter en verre dans la vessie, on se rendra compte par le toucher vaginal que l'instrument ne pénètre pas dans le kyste et que l'évacuation de la vessie n'a fait que rendre plus aisément perceptible la tumeur. Au contraire la distension vésicale projette le kyste dans le vagin.

La cystoscopie est plutôt une épreuve négative. Elle ne montre généralement aucune modification du bas-fond vésical dans les kystes du vagin, à moins qu'ils soient volumineux au point de faire voussure sous le plancher vésical au voisinage des orifices urétéraux.

Du moins la cystoscopie dans les kystes vaginaux a-t-elle l'avantage de montrer qu'il ne s'agit ni de diverticule vésical ni de tumeur d'origine vésicale ou urétérique.

ÉVOLUTION

La marche du kyste vaginal antérieur est fort lente et ce n'est souvent qu'après de longues années qu'un accouchement de volume, un accouchement où une complication nécessite une intervention à son égard.

Formes cliniques d'après le siège

Kyste antérieur et inférieur. — Il fait précocement son apparition à la vulve sous forme d'une tumeur arrondie, réductible et qui ressemble à un prolapsus de la vessie ou de l'utérus.

Kyste de l'hymen. — Les observations en sont rares dans la littérature médicale. Il acquiert rarement un volume considérable mais peut apporter une certaine gêne au coït.

Kyste antéro-supérieur. — Haut situé dans le tiers supérieur de la paroi vaginale ou dans le cul-de-sac latéral ou le cul-de-sac antérieur qu'il remplit sous forme d'une masse généralement dépressible. Pour peu que son volume soit considérable il dévie le col utérin latéralement ou en arrière et peut être un obstacle de ce fait à la fécondation. La présence

provoquerait d'après certains auteurs une congestion permanente du col utérin avec une endométrite cervicale qui, plus encore que la déviation utérine, expliquerait la stérilité.

Kystes de la paroi postérieure. — Au moins aussi fréquents que les kystes antérieurs, ils offrent dans l'ensemble les mêmes signes cliniques.

Le toucher rectal et vaginal combiné permettent surtout si la tumeur siège au tiers moyen ou au tiers inférieur de se rendre exactement compte de sa forme, de son volume et de sa consistance.

Si le kyste est surtout développé dans le cul-de-sac postérieur il peut dévier le col utérin en avant et provoquer une rétroversion plus ou moins accusée. Les troubles de la défécation sont exceptionnels, la tumeur se loge dans le vagin et non dans l'ampoule rectale.

Les types que nous venons de décrire sont les types courants, on conçoit que de volumineux kystes puissent remplir le vagin et comprimer les organes du petit bassin ou que les résultats du toucher soient différents s'il s'agit de tumeurs multiples, uni ou bilatérales, contiguës ou échelonnées, olivaires ou penniformes ou de tumeur unique mais bilobulée ou multilobulée.

Kystes vaginaux et Grossesse. — Au point de vue clinique les rapports des kystes du vagin avec la grossesse méritent une attention particulière.

Pozzi a décrit sous le nom de colpohyperplasie kystique, un état particulier de la muqueuse vagi-

nale qui au cours de la grossesse présente de nombreux petits kystes. Mais cela n'entre pas dans l'étude des kystes vaginaux.

D'après Lang : « Il ne semble pas que l'on doive faire jouer un rôle important ou même appréciable à la grossesse sur le développement des kystes vaginaux. Elle peut cependant au même titre que les périodes menstruelles provoquer une congestion du kyste qui peut entraîner sa rupture.

Dans un cas de Raimbert, cité par Tarnier et Budin, un kyste du vagin au cours d'un premier accouchement était remonté hors de la vulve devant le pubis au moment de l'expulsion fœtale. Au huitième mois de la grossesse suivante ce kyste devint irréductible hors de la vulve et vraisemblablement à la suite d'une élongation exagérée de son pédicule présenta tous les signes anatomo-pathologiques des kystes à pédicule tordu. On le ponctionna et on en retira un liquide séro-purulent.

Quant à l'influence du kyste sur la grossesse elle semble à peu près nulle. Sans doute existe-t-il quelques cas où le coït est impraticable soit du fait du volume de la tumeur soit à cause d'un nervosisme qu'entretient la crainte de quelques accidents chez la femme qui se sait atteinte d'un kyste vaginal.

Lang n'a pas trouvé d'observation d'accouchement prématuré et il ne relève que trois avortements chez trente-huit femmes enceintes atteintes de kystes vaginaux. C'est dire que les kystes vaginaux n'en-

travent par le développement de la grossesse.

Au moment de l'accouchement ils sont exceptionnellement une cause de dystocie. Focher rapporte un cas de volumineux kyste de la paroi postérieure qui empêchait l'expulsion fœtale.

Dans la majorité des cas la tumeur va se loger là où le plus grand espace s'offre à elle. En particulier s'il s'agit d'un kyste antérieur il s'échappe sous la fourche schio-pubienne.

Mais si la tumeur est trop volumineuse ou sessile ou pourvue d'un pédicule trop court, il arrive qu'elle se rompe.

Le *post partum* n'est pas troublé par la présence des kystes vaginaux. Néanmoins dans un cas de Lang le kyste s'opposait à l'écoulement lochial et de ce fait aurait pu être un facteur adjuvant d'infection puerpérale.

Complications

Les complications des kystes du vagin sont à vrai dire exceptionnelles : elles peuvent être d'ordre mécanique ou infectieux.

Parmi les complications mécaniques nous ne ferons que signaler la constipation et la gêne apportée au coït.

Guido de Lerda a publié un cas de kystes vaginaux ayant déterminé par traction sur le bas-fond vésical l'apparition d'une cystite avec rétention d'urine aboutissant à une cystite chronique.

Quelques auteurs ont signalé des troubles de la

miction : soit de la pollakyurie, soit de la rétention d'urine ; mais ce sont là des faits extrêmement rares.

Complications infectieuses. — L'infection du kyste, par voie sanguine, est exceptionnelle.

Mais elle n'est point rare à la suite de la rupture de la paroi kystique. Elle évolue comme un abcès chaux et se termine le plus souvent par fistulisation.

D'autre part la congestion qu'on a signalée aux périodes menstruelles ou pendant la grossesse peut aboutir à des hémorragies intra-kystiques, d'ailleurs complètement dépourvues de gravité.

PRONOSTIC

On voit par là que le pronostic des kystes du vagin est particulièrement bénin.

Diagnostic positif

Le diagnostic positif des kystes vaginaux est en général aigu : la présence d'une tumeur indolente, régulière, mobile et de contenu liquide ne prête guère à confusion lorsqu'elle siège à la partie moyenne ou inférieure du vagin. Les kystes développés dans les culs-de-sac, les kystes multilobulés ou multiples, bien qu'ils retiennent plus longtemps l'attention ne sauraient davantage prêter à confusion. Dans tous les cas l'évolution torpide et bénigne, l'absence de réaction locale, la mobilité de ces tumeurs liquides évoluant vers le vagin fixeront rapidement avec l'anamnèse un diagnostic hésitant.

Diagnostic différentiel

Dans les cas douteux le clinicien aura à répondre aux questions suivantes :

1° S'agit-il d'une tumeur du vagin ;

2° Cette tumeur du vagin est-elle un kyste.

A. — *S'agit-il d'une tumeur du vagin*

Les éléments du diagnostic varieront suivant qu'il s'agit d'un kyste bas situé évoluant vers l'orifice vulvaire ou d'un kyste haut situé évoluant dans un cul-de-sac.

1° Dans le cas de kyste haut situé, la confusion n'est possible qu'avec une tumeur d'origine.

a) Utérine.

b) Utéro-ovarienne.

c) Pelvienne.

Kystes congénitaux du col utérin. — Bien étudiées par Vautrin ces tumeurs évoluent sans troubles ni malaises. Elles naissent dans le parenchyme de l'organe mais ne tardent pas à se libérer de la gangue musculaire et se transforment en polype endocervical, puis vaginal. Leur connexion avec le canal cervical où l'une des lèvres utérines les fera donc reconnaître sinon au doigt, du moins au spéculum sans qu'il soit nécessaire d'insister.

Les kystes para-utérins sont d'un diagnostic plus délicat. La tumeur peut faire saillie dans un cul-de-sac latéral comme un kyste vaginal, mais outre qu'elle suit assez exactement les mouvements imprimés à l'utérus, elle est à évolution abdominale ou abdominale pelvienne.

Il en est de même des fibromes utérins.

Les kystes inclus développés entre les deux feuillets du ligament large et bridés de toutes parts

peuvent pousser un prolongement vers le vagin. Ils font alors dans un cul-de-sac une tumeur arrondie qui efface le cul-de-sac. On perçoit la tumeur par le palper hypogastrique et le toucher vaginal combinés. La tumeur perçue dans le cul-de-sac est sphérique, dure, rénitente, élastique et indolente à la pression.

Elle refoule généralement l'utérus soit contre le pubis, soit contre la paroi latérale du bassin. Mais elle ne descend pas dans la paroi vaginale.

Les kystes ovariques sont à évolution abdominale, même quand ils distendent un cul-de-sac vaginal on perçoit bien que c'est vers le bassin que leur masse se porte.

Les grossesses ovariennes ou tubaires donnent au toucher l'impression d'une tuméfaction occupant seulement le cul-de-sac postérieur. Après la rupture, leur diagnostic est aisé, avant la rupture, elles sont plus haut situées que les kystes des culs-de-sac et plus franchement pelviennes.

2° *Ovaire adhérent et prolabé* pourrait passer pour un kyste supérieur au début. Mais il est douloureux à la pression et de consistance dure.

Les salpingites douloureuses au toucher et s'accompagnant de fièvre.

Les pelvipéritonites ne sauraient prêter à confusion.

Le tératome solide de l'ovaire est un diagnostic de très grande exception.

Quant aux tumeurs d'origine pelvienne deux seu-

lement sont à retenir, encore sont-elles très rares.

Les kystes hydatiques du bassin.

Les kystes dermoïdes du cul-de-sac vésico-utérin.

Les kystes pelviens et ecchinoccoques se développent dans le cul-de-sac de Douglas ou occupent tout le petit bassin. Certains même peuvent dédoubler la paroi vaginale antérieure ou postérieure et venir faire saillie dans la moitié ou le tiers inférieur du vagin. Le diagnostic est alors fort délicat. Le volume de la tumeur qui occupant le petit bassin tend à l'orifice vulvaire, fera penser à un kyste parasitaire. Les examens du sang : hyperleucocytose, réaction de Weinberg, éosinophylie feront conclure à l'ecchinococcie.

La ponction qui en pareil cas est de nature à fixer immédiatement le diagnostic, ne doit être faite qu'à la salle d'opération et constituer le premier geste de l'intervention chirurgicale.

Les kystes dermoïdes du cul-de-sac vésico-utérin « se développent d'après Vautrin dans le repli séreux vésico-utérin et non dans le tissu cellulaire sus-jacent.

L'expansion de la tumeur se fait librement vers la cavité abdominale. Mais il peut se faire que la tumeur s'implante dans l'espace vésico-utérin. Elle remplit alors le cul-de-sac sous forme d'une masse mollasse et un peu dépressible ». Concurremment elle évolue vers l'abdomen par-dessus la vessie qu'elle comprime sur le pubis et en avant de l'utérus qu'elle refoule.

Le diagnostic différentiel ne paraît donc facile, du moins, à un stade. Mais de petits kystes dermoïdes à siège vésico-utérin peuvent prêter à confusion et c'est alors l'intervention qui fait faire le diagnostic.

Enfin il peut arriver qu'un :

Abcès pottique à évolution torpide descende jusqu'à un cul-de-sac vaginal, mais la clef du diagnostic est au rachis et l'erreur ne paraît guère possible.

2° Dans le cas où le kyste est bien placé sur l'une des parois vaginales, il y a lieu de le différencier des affections suivantes.

α) *S'il est antérieur.*

Cystocèle. — Commence en arrière du méat et s'étend jusqu'au cul-de-sac antérieur.

La sonde introduite dans la vessie se meut librement dans une vaste cavité et son bec dirigé en bas vient soulever la paroi vaginale depuis l'urèthre jusqu'au cul-de-sac vaginal antérieur ainsi que le constate le doigt introduit dans le vagin.

De plus le volume de la tumeur varie suivant qu'on vide ou qu'on remplit la vessie.

Diverticule de la vessie. — Présente les caractères du cystocèle et se réduit en provoquant un léger écoulement d'urine.

Nous avons vu quels services peut rendre en pareil cas la cystoscopie.

Urétrocèle. — Apparaît à la partie supérieure de la vulve comme une procidence de la paroi antérieure du vagin ou de la vessie.

La tumeur commence au niveau du méat urinaire; elle est médiane et ne dépasse généralement pas le volume d'une noix. Son volume varie d'ailleurs d'un moment à l'autre ; sous l'influence d'un effort elle se tend et devient rénitente tandis que l'effort cessant elle peut devenir mollasse et réductible. Son expression fait sortir du méat du pus malodorant et de l'urine.

Kystes péri-urétraux. — Du volume d'une lentille, ils deviennent exceptionnellement gros comme une noisette. Ils sont en rapport direct et intime avec l'*urèthre* ainsi qu'on peut s'en rendre compte par le catéthérisme de l'*urèthre* et le toucher vaginal associés.

Kyste bartholinique. — Il peut dans certains cas acquérir un volume considérable et faire saillie à l'entrée du vagin. Mais il est facile de percevoir sous la grande lèvre qu'il soulève son point d'implantation. Il ne pousse pas de prolongement sous la muqueuse vaginale.

Si le kyste est postérieur, il faut éviter de le confondre avec le :

Rectocèle. — Celui-ci est d'ailleurs facile à reconnaître. Le doigt introduit dans le rectum pénètre au-dessus du sphincter dans une cavité dont la paroi antérieure est recouverte par la muqueuse vaginale prolabée.

Les tumeurs du rectum seront éliminées d'emblée.

Enfin que le kyste soit antérieur, postérieur ou latéral il faudra faire entrer en ligne de compte dans son diagnostic différentiel.

1° *Le prolapsus du vagin*, qui est proprement vaginal ou associé à un prolapsus utérin. Dans le prolapsus partiel on aperçoit en écartant les grandes et les petites lèvres deux saillies, l'une antérieure, l'autre postérieure dont la surface offre tous les caractères de la muqueuse vaginale.

Elles augmentent dans les efforts de toux ou de défécation et se laisse réduire aisément. On arrive ainsi à les faire disparaître en pratiquant le toucher vaginal. Elles se reproduisent d'ailleurs après. Elles s'accompagnent de cystocèle et de rectocèle et sont bien reconnaissables à leur souplesse, à leur mollesse et à leur parfaite réductibilité.

Le prolapsus total, utéro-vaginal, est également d'un diagnostic aisé. Il ajoute aux signes du prolapsus partiel, la présence du col utérin dont la surface en partie cutisée est souvent ulcérée et saignante.

Le toucher vaginal montre l'effacement du canal vaginal et l'affaissement de tous les organes du petit bassin.

L'entérocèle. — Dans un cas du professeur Henri Hartmann une hernie vaginale pouvait donner l'impression d'un kyste vulvo-vaginal ; mais la tumeur se réduisait avec un léger gargouillement.

Il arrive en effet que par un défaut d'accolement le cul-de-sac recto-vaginal soit très profond et descende

assez près du périnée. L'intestin peut s'y engager et y former une masse arrondie dont la caractéristique est d'être réductible soit par pression directe, soit lorsque la malade est couchée.

Rappelons qu'un simple examen au spéculum évitera de confondre un kyste pédiculé du vagin avec un kyste ou un polype pédiculé d'origine cervico-utérine.

B. — *Il s'agit bien d'une tumeur vaginale : Est-ce un kyste ?*

Sans nous arrêter à la vaginite emphysémateuse dont les vésicules kystiques petites et multiples n'intéressent que le derme de la muqueuse vaginale enflammée et boursoufflée nous devons éliminer comme causes d'erreur les affections suivantes :

L'hémato-colpos latéral avec ou sans hématocèle, avec ou sans hématométrie.

Si le vagin est bifidé ainsi que l'utérus l'un des conduits vaginaux est généralement frappé d'atrophie et se termine en un cul-de-sac plus ou moins voisin de la vulve.

A la puberté, cette cavité borgne se développe et le sang menstruel s'y accumule pour former l'hématocolpos latéral. La tumeur ainsi constituée fait saillie dans la partie perméable du vagin et revêt l'aspect d'un kyste vaginal. Mais la ponction et le fait que le

développement de la tumeur a coïncidé avec les premières règles mettront sur la voie du diagnostic.

Les fibro-myomes du vagin sont rares et limités. Ils occupent généralement la région péri-urétrale et adhérent à l'urètre. Leur évolution est lente et indolore, la muqueuse vaginale glisse en général sur la tumeur sphérique qu'ils font. La ponction fait le diagnostic.

L'adénomyome de la cloison recto-vaginale est également une tumeur solide dont Thomas-G. Stevens a publié 1 cas en 1916 et qui est d'ailleurs exceptionnelle.

Quant aux tumeurs malignes du vagin elles se distinguent nettement par leur évolution des kystes vaginaux.

L'épithélioma vaginal au début. — Rarement primitif, siège surtout sur la paroi postérieure près des culs-de-sac. C'est d'abord une petite tumeur grosse comme une cerise ou une plaque infiltrée. Mais elle devient rapidement diffuse, bosselée puis se ramollit par place et donne une ulcération saignante et d'un écoulement caractéristique.

Le sarcome du vagin est tout à fait rare.

S'il s'agit d'un fibro-myosarcome,il débute comme une tumeur solide bénigne mais du moment où il dégénère, il prend rapidement les caractères d'une tumeur cancéreuse. Quant au :

Fibro-papillome du vagin, dont Clado a cité

1 cas il n'a rien dans son évolution qui puisse le faire confondre avec un kyste du vagin.

Au reste, en dépit de ce long exposé, peu d'affections peuvent être confondues avec les kystes du vagin et dans la majorité des cas la ponction seule suffira à permettre le diagnostic.

TRAITEMENT

Du traitement il n'y a qu'un mot à dire : le kyste du vagin s'il devient gênant se guérit en l'enlevant. Ponction évacuatrice, ponction suivie d'injections modificatrices, ne valent pas mieux que les simples cautérisations. Il faut enlever la tumeur, et l'enlever en totalité. Dans les cas où ce ne sera pas possible à l'anesthésie locale on aura recours à l'anesthésie rachidienne ou à la narcose générale.

Faut-il pour aborder la tumeur faire une incision longitudinale ou transversale ? Peu importe la direction de l'incision, il faut qu'elle soit commode.

Nous ne pensons pas que dans les cas où l'adhérence est tant soit peu intime à la muqueuse vaginale il y ait intérêt à s'attarder à une dissection qui risque de ne laisser qu'une muqueuse par trop amincie et vouée au sphacèle. Il ne faut pas trop hésiter à réséquer la partie de muqueuse vaginale que recouvre le kyste pour peu que celui-ci n'ait pas un volume supérieur à un œuf de pigeon. La muqueuse du vagin a de la longueur en réserve et on arrivera toujours à suturer les deux lèvres de la plaie sans aucun inconvénient ultérieur.

En enlevant un kyste antérieur on évitera soigneusement la blessure du bas fond vésical ou de l'urèthre.

Au cours de la grossesse il convient de ne pas toucher au kyste s'il ne gêne pas. S'il devient un obstacle à l'expulsion du fœtus on le videra par ponction et on l'extirpera quand les voies génitales seront redevenues entièrement normales.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Communiquée par M. le Professeur agrégé Lenormant.

Joséphine P..., âgée de vingt-sept ans, mariée, ménagère, entre le 18 août 1904 à l'hôpital Tenon, salle Bouilly, pour des douleurs abdominales assez vagues et une métrite légère. Elle est atteinte d'un kyste du vagin qui passe inaperçu à un premier examen mais qu'on constate huit jours après.

Au toucher, on perçoit dans le cul-de-sac latéral droit une tumeur du volume d'une noix, indolente, plaquée contre le col utérin. Cette tumeur est sessile, dépressible, lisse et manifestement liquide. Elle est recouverte d'une muqueuse vaginale normale et mobile sur elle.

Au spéculum on constate que la muqueuse qui recouvre la tumeur a un aspect blanchâtre. Le kyste forme une saillie hémisphérique.

Opération le 2 septembre 1904 sous chloroforme.

Le col utérin étant légèrement abaissé par une pince de Museux, la paroi vaginale droite écartée par une valve, on dissèque au bistouri et aux ciseaux les parois du kyste qui est enlevé sans l'ouvrir.

La muqueuse adhérant au kyste, on n'essaye pas de l'en séparer.

La surface cruentée est suturée par les points séparés au catgut.

Les suites opératoires sont normales.

La malade sort guérie le 13 septembre.

L'examen de la pièce est pratiqué par M. le professeur agrégé Lecène qui trouve un revêtement épithélial continu de cellules plates du type endothélial.

OBSERVATION II (personnelle)

Valentine E..., veuve, ménagère, entre le 8 avril 1919 à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le professeur agrégé Lenormant pour un kyste du vagin.

Il y a huit ans, Valentine E... était enceinte. Une sage-femme la touche à plusieurs reprises et ne constate rien d'anormal dans le vagin. Au moment de l'accouchement le travail était déjà commencé depuis deux heures lorsque la sage-femme a aperçu à la vulve, une tumeur qu'elle compare à une petite vessie de poisson.

L'accouchement se termine sans incident. Les suites de couche sont normales.

On laisse le kyste qui était gros comme une noisette. Il ne gênait pas les rapports conjugaux. Mais après une fatigue de ménage ou une longue marche il sortait du vagin où la malade le réduisait avec le doigt. A ce moment-là : pas de pertes blanches ou rouges, pas de troubles de la miction.

En 1914, Valentine E.... se trouve enceinte pour la deuxième fois. En juin, au septième mois de la grossesse, elle s'aperçut que la tumeur a grossi brusquement, du jour

au lendemain à la suite d'un grand nettoyage qu'elle a fait de son habitation.

Les rapports conjugaux cessent parce que pénibles et la jeune femme entre à la Maternité de Baudelocque.

Elle y reste quatre jours et on lui dit qu'on lui enlèvera son kyste après l'accouchement.

Rentrée chez elle, elle reprend sa vie habituelle, ne souffre pas, n'a ni pertes, ni troubles de la miction ou de la défécation et s'abstient de rapports conjugaux en raison du terme avancé de sa grossesse.

8 août. — Elle rentre à la Maternité et y accouche le 9. Le travail a duré trois heures, l'accouchement s'est fait sans difficulté. L'enfant est un garçon de 8 livres; bien constitué.

Un mois après, vers le 14 septembre, le Dr Bonnaire fait une incision du kyste à l'anesthésie locale et après un séjour d'une douzaine de jours, la malade sort de l'hôpital.

Dès le jour de sa sortie, elle sent au même endroit qu'avant l'opération une petite boule. Cette tumeur se développe lentement et en 1919, elle a acquit le volume d'un œuf de pigeon. La malade se décide à une deuxième intervention bien que sa tumeur ne la gêne en rien.

L'examen est pratiqué, la malade étant dans le décubitus dorsal.

Au toucher vaginal on constate que les faces postérieure et latérale du vagin sont libres, mais sur la paroi antérieure, implantée sur la moitié gauche de cette paroi on sent une tumeur régulière, arrondie du volume d'un œuf de pigeon et située à 4 centimètres de la fourchette.

Cette tumeur est indolente. Le toucher étant pratiqué avec un seul doigt, on ne perçoit pas de fluctuation, mais on a la

sensation d'une tumeur molle, lisse, de consistance uniforme.

Le pédicule est large, mais le doigt en fait le tour sans difficulté.

L'utérus est petit, en antéversion sans déviation latérale et parfaitement mobile.

Il n'y a pas de prolapsus ni de la vessie, ni du rectum.

Le palper hypogastrique combiné au toucher vaginal ne donne aucun renseignement.

Un cathéter métallique étant introduit dans la vessie, vide d'urine, se déplace dans cette cavité sans communiquer de mouvement à la tumeur.

L'examen au spéculum étant fait avec une petite valve, on aperçoit sur la face antérieure, dans la moitié gauche du vagin une tumeur arrondie, recouverte d'une muqueuse déplissée et d'un rose très pâle.

Le toucher rectal ne révèle rien de particulier. A travers la cloison recto-vaginale, on touche la tumeur kystique.

Opération le 14 août 1919, sous chloroforme, la malade est placée dans le décubitus dorsal, une petite valve s'appuie sur la paroi postérieure. On place une pince de Kocher sur la muqueuse au niveau de la tumeur, les mors de la pince percent la paroi du kyste qui laisse sourdre quelques gouttelettes de liquide.

Incision transversale de 5 centimètres. On essaye de disséquer le kyste sur sa face vaginale, mais l'adhérence de sa paroi à la muqueuse est telle que celle-ci après une laborieuse dissection se trouve réduite à une grande minceur.

Finalement, d'ailleurs, et contre mon gré j'entre dans le

kyste et je dissèque aux ciseaux ses parois en m'en coiffant l'index gauche.

Le contenu du kyste est un liquide très visqueux, d'un gris sale, filant sans débris macroscopique ni filament sanguin. On en retire le contenu d'une cuillère à dessert.

La paroi du kyste qu'il a été impossible d'élever en un point quelconque, mais qui a été disséquée de près à une épaisseur uniforme de 2 mm. 1/2. Sa face profonde est rougeâtre, légèrement tomenteuse bien que très régulière et comparable à une muqueuse enflammée. Elle est peu résistante, douce au toucher et comme veloutée. Sa face superficielle saigne peu.

La plaie opératoire est suturée au catgut, points séparés sans drainage. Elle se réunit par première intention.

Les suites opératoires sont normales et la malade sort guérie le 4 mai.

L'examen histologique de la pièce est fait au laboratoire de M. le Dr Darier.

Résultat de l'Examen histologique

Paroi épaisse de 2 mm. 1/2 fortement congestionnée.

Epithélium sans basale.

L'épithélium est par endroit et sur la plus grande partie de son étendue, pavimenteux, stratifié.

Mais par place les assises diminuent de nombre, les cellules s'allongent et l'on trouve quelques îlots de cellules nettement cylindriques en une seule couche. Ce sont des cellules sans plateau. Mais sur quatre champs longs chacun de 3 cm. 1/2, on trouve 7 cellules avec leurs cols vibratiles courts.

Dans le liquide quelques globules graisseux, pas de cholestérine en cristaux, pas de cellules épithéliales reconnaissables, quelques globules rouges déformés et des polynucléaires. Pas d'éléments mucoïdes.

CONCLUSION

I. — L'intérêt qui s'attache aux kystes du vagin tient surtout à leur pathogénie.

A cet égard l'origine embryonnaire est celle qui réunit le plus de partisans.

II. — Le développement des kystes du vagin peut se faire aux dépens :

a) Des canaux de Müller ;

b) Des canaux de Gaertner ;

c) Des feuillets d'accolement du cul-de-sac de Douglas.

III. — Les traumatismes pourraient provoquer des inclusions épithéliales dans la gaine conjonctivo-musculaire vaginale, aux dépens desquelles se développeraient certains kystes.

Cette hypothèse peut expliquer le rôle des accouchements dans la fréquence des kystes vaginaux.

IV. — Les kystes du vagin sont justiciables d'un traitement : l'ablation.

Celle-ci doit comprendre la résection de la muqueuse vaginale quand elle est très adhérente à un kyste moyennement volumineux (dimensions d'un œuf de pigeon).

Vu : le président de la thèse
QUÉNU

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Bondé (J.). — Contribution à l'Anatomie pathologique des kystes muqueux des petites lèvres (Monatsch. für Gebürts. und Gynäkol., décembre 1908, t. XXVIII, n° 6.

Clado. — Diagnostic gynécologique.

Couvelaire. — Annales de Gynécologie, 1902.

Dorhn. — Sur le canal de Gaertner chez la femme (Archiv. für Gynäk. Berlin, 1883. Bd. XXI, p. 328).

Fabre. — Précis d'Obstétrique.

Feurtet. — Kyste du vagin. Thèse de Paris, 1902.

Fredet. — Les kystes du vagin (Annales de Gynécologie, mars 1904, p. 129).

Focher. — Volumineux kyste de la paroi vaginale postérieure cause de cystocèle (Monatschr. f. Geb. und Fynäk, 1912. Bd. XXXV, p. 4).

Hartmann (Henri). — Hernie vaginale (Annales de Gynécologie, 1917, p. 350).

Hertwig. — Précis d'Embryologie de l'homme et des vertèbres.

Lang. — Les kystes du vagin dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. Thèse de Nancy, 1903-1904.

Marion. — Les kystes du vagin (Gazette des hôpitaux, 1er février 1902).

Nogueira. — Un cas de myome de la paroi antérieure du vagin simulant un cystocèle (Pensa medica Habana, 15 avril 1914).

Polidor. — Des canaux de Gaertner, de leur persistance chez la femme sous forme de conduits à débouché vaginal. Thèse de Bordeaux, 1901.

Poupinel. — Des kystes du vagin (Revue de Chirurgie, 10 juillet, 10 août 1889).

Pozzi. — Traité de Gynécologie.

Rieffel. — Les organes génito-urinaires.

Quénu. — (Bulletin de la Société anatomique, juin 1889).

Rouville (de). — Leçon sur les kystes du vagin (Semaine gynécologique, n° 55, 4 février 1913).

Robert (H.). — Contribution à l'étude des kystes du vagin (kystes de la paroi postérieure). Thèse de Paris, 1899, n° 94.

Stevens (Thomas-G.). — Adénomyome de la cloison recto-vaginale (Proceeding of the Royal Society of med., mars 1916).

Thalinger. — Des kystes du vagin : en particulier des kystes de la paroi antérieure. Thèse de Paris, 1885, n° 269.

Tarnier et Budin. — Traité d'Obstétrique.

Thévenot. — Kyste de la paroi vésico-vaginale d'origine goertnérienne (Lyon chirurgical, 1913, n° 3).

Tourneux et Legay. — Atlas d'embryologie. Développement des organes génitaux et urinaires de l'homme. Lille, 1892.

Vautrin. — Tumeurs kystiques de l'utérus d'origine congénitale (Annales de Gynécologie, juin 1913).

— De l'hématocolpos latéral dans les cas de malformation utéro-vaginale (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, août 1913).

Weil. — Contribution a l'étude des kystes du vagin. Thèse de Nancy, 1904.

Zeligson (Mlle). — Des kystes du vagin. Thèse de Paris, 1895.

Zugenspech. — Ueber normale und pathologishe. Auheftungen zu deren Wichtigsten Lageverängerungen (Archiv. f. Gynäk. Berlin, 1887. Bd. XXXI, p. 1).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 5014-19